



COMPTON UNIFIED SCHOOL DISTRICT

Pupil Services Department

Health Insurance Survey (2026-2027)

Student's Full Name

Date of Birth

M/F

Race or Ethnicity (Optional)

California launched a program called the Children and Youth Behavioral Health Initiative (CYBHI) in 2021 which aims to improve the physical and behavioral well-being of students. The information in this survey will be used for that purpose and to provide information and assistance to families who need it.

Does the student listed above have medical insurance?

☐ Yes

☐ No

Primary Medical Coverage is through:

☐ Covered CA Renewal (Month and Year): _____ Plan Name: _____

☐ Medi-Cal Re-Certification (Month and Year): _____ Plan Name: _____

☐ Employer: HMO or PPO (please circle one) Effective Date: _____ Plan : _____

☐ Other (Type and/or Plan Name) _____ Effective Date: _____

*If you have questions regarding medical coverage, CalFresh, or General Relief (GR) for your student or for anyone in your family, you may call the Los Angeles County Office of Public Social Services at 1-866-613-3777. For Covered California ("Obamacare") information, please contact the Covered California office at 1-800-300-1506.

Consent Statement: I give the Compton Unified School District and Community Health Agencies consent to contact me with additional information regarding health coverage.

☐ Yes

☐ No

Parent/Legal Guardian Name (Print)

Parent/Legal Guardian Name (Signature)

Date

Address

City

State

Zip Code

Telephone Number

Cell Phone Number

Email

FOR OFFICE USE ONLY

School Site:

*☐ Entered in AERIES

Informational Flyers Given for Agency: ☐ All ☐ General

Referred to: _____ *☐

Coverage Status: _____ *☐

Date: / /

*☐ Applied: /

☐ On-Site ☐ Mailed: / /

☐ On-Site ☐ Email ☐ Other

Received: _____ Renewal: /



DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE COMPTON

Departamento de Servicios Estudiantiles

Encuesta de Seguro de Salud (2026 - 2027)

Nombre completa del estudiante

Fecha de Nacimiento

Masc./Femin.

Nacionalidad (Opcional)

California lanzó un programa llamado Iniciativa de Salud Conductual para Niños y Jóvenes (CYBHI), en 2021, que tiene como objetivo mejorar el bienestar físico y conductual de los estudiantes. La información de esta encuesta se utilizará para ese propósito y para proporcionar información y Asistencia a las familias que lo necesiten.

¿Tiene el estudiante mencionado seguro médico?

☐ Sí

☐ No

Está cubierto por:

☐ Covered CA Renovación (mes y año): _____ Nombre del plan: _____

☐ Medi-Cal Renovación (mes y año): _____ Nombre del plan: _____

☐ Empleador: HMO o PPO (Encírcula uno) Fecha efectiva: _____ Nombre del plan: _____

☐ Otro programa (Tipo y/o nombre del plan): _____ Fecha efectiva: _____

*Si tiene preguntas sobre la cobertura médica, CALFresh o General Relief (GR) para su estudiante o para cualquier miembro de su familia, puede llamar a la Oficina de Servicios Sociales Públicos del Condado de Los Ángeles al 1-866-613-3777. Para obtener información sobre Covered California ("Obamacare"), comuníquese con la oficina de Covered California al 1-800-300-1506.

Declaración de consentimiento: Doy mi consentimiento al Distrito Escolar Unificado de Compton y Agencias de Salud Comunitarias para ponerse en contacto conmigo para darme más información. ☐ Sí ☐ No

Nombre del padre, la madre o del Tutor legal (Letra de molde)

Firma del padre, la madre o del Tutor legal

Fecha

Domicilio

Ciudad

Estado

Código postal

de teléfono (casa)

de teléfono (cellular)

Horario adecuado para llamar

Sólo Para Uso de la Oficina

School Site:

*☐ Entered in AERIES

Informational Flyers Given for Agency: ☐ All ☐ General _____ ☐ On-Site ☐ Mailed: / /	Referred to: _____ * ☐ Date: / / ☐ On-Site ☐ Email ☐ Other	Coverage Status: _____ * ☐ * ☐ Applied: / Received: _____ Renewal: /
--	--	--

PSD Revised: 11/2025
RR/dmp/mz